L'entraide et l'approche milieu : des interventions centrées sur les réseaux sociaux

Conférence prononcée par Jérôme Guay
Texte colligé et mis en forme par
Lucie Fréchette

Note sur l'auteur: Jérôme Guay est professeur à l'École de psychologie de l'Université Laval. Spécialisé en psychologie communautaire, il s'intéresse aux interventions psychosociales novatrices dans les domaines de l'entraide et de la santé mentale.

Sa conférence a été prononcée dans le cadre d'un séminaire du GÉRIS en octobre 1996.

Cahiers du GÉRIS 1997: Série CONFÉRENCES no. 4
ISBN: 2-89251-926-8

I. DEVENIR PROACTIF EN INTERVENTION PSYCHOSOCIALE

Lorsque j'étais coordonnateur des équipes de Santé mentale dans un CLSC, j'ai reçu un jour une demande d'aide de la part d'un propriétaire-résident d'une maison de chambres accompagné d'un de ses chambreurs en état de crise. Le propriétaire était très agressif parce qu'excédé par les nombreuses difficultés qu'il éprouvait à obtenir de l'aide. Il exigeait qu'on le reçoive tout de suite et n'était pas d'humeur à accepter quelque délai que ce soit. Quant au chambreur, il réclamait à grands cris qu'on appelle l'ambassadeur du Canada et, pour reprendre l'expression du propriétaire; « n'était pas parlable ». Le propriétaire me décrit les nombreux méfaits de ce chambreur qui avait sectionné tous les fils électriques de la maison et avait mis la fournaise hors d'usage car, selon lui, c'était une bombe nucléaire sur le point d'exploser. La situation d'urgence et l'état détérioré de cette personne ne me laissaient guère d'autre choix que de prendre les mesures nécessaires pour procéder rapidement à l'hospitalisation. C'est ce qu'on appelle une intervention réactive c'est-à-dire que l'intervention est prédéterminée et prévisible, comme si on avait poussé sur un bouton.

La situation que j'avais vécue est très fréquente. En effet, la pratique clinique traditionnelle en santé mentale est essentiellement réactive. Elle consiste en des interventions professionnelles qui sont autant de réactions à des demandes de services qui arrivent trop tard lorsque la situation est très détériorée. C'est donc à la toute fin du cheminement critique de la personne en difficulté que le praticien entre en ligne de compte. Il est ainsi placé en bout de ligne, au moment de son intervention, et n'a d'autre choix que de répondre à la demande telle que formulée. Or cette demande se fait presque toujours en situation de crise alors que les parents ou les amis sont portés à se décharger de leur responsabilité en confiant la prise en charge au professionnel. Le praticien ne peut donc pas faire appel à l'entraide puisque les proches sont également en crise et que les autres personnes qui font partie du réseau social sont ou bien absentes ou bien complètement dépassées. Le praticien ne peut pas non plus compter sur les forces de la personne puisque la situation de crise exacerbe et met en évidence

ses pathologies et déficits. Le renouvellement de la pratique clinique en santé mentale doit donc s'attaquer en priorité au caractère réactif des interventions professionnelles.

Une alternative à cette situation est l'approche proactive c'est-à-dire une intervention qui n'a pas nécessairement été sollicitée et qui survient avant que la situation soit devenue complètement détériorée et surtout avant que les proches n'aient complètement épuisé leurs capacités d'aide. Cette intervention proactive précoce risque évidemment d'être plus efficace puisqu'il est plus facile d'apporter une solution appropriée à une situation qui n'en est qu'à ses premières difficultés, alors que l'on peut encore compter sur les capacités des personnes en besoin et sur l'aide de leurs proches.

Ainsi, pour reprendre l'exemple donné plus haut, j'ai proposé au propriétaire qu'il m'appelle dès le premier jour si une situation analogue se produisait à nouveau. Car il faut dire que cette situation durait depuis une semaine et que les derniers jours avaient été particulièrement éprouvants pour lui, la police était intervenue plusieurs fois par jour. En fait, je lui proposais une intervention de type proactif en lui offrant la disponibilité de deux personnes qui pouvaient être facilement rejointes. Ces deux personnes sont deux travailleurs de rue recrutés dans le cadre d'un projet-démonstration subventionné par Santé et Bien-être social Canada décrit plus bas. (Guay, 1991, pp. 139-140)

II. Le projet-démonstration « entraide de quartier » à Québec

L'expérience du projet Entraide de quartier, réalisée sur le territoire du CLSC Haute-Ville ciblait un quartier du Centre-ville de Québec et a été amorcée à partir d'un prêt de service du CLSC et d'une subvention de Santé et Bien-être social Canada (Guay et Chabot, 1992). Ce projet-démonstration a permis de développer un modèle d'intervention basé sur une collaboration avec les réseaux informels d'aide.

Le projet-démonstration a été subventionné par Santé Bien-être Canada pour une durée de deux années et demie, et s'est terminée à la fin décembre 1991. Il s'est déroulé dans

le quartier St-Jean-Baptiste de la ville de Québec et deux travailleurs de rue ont été engagés pour mettre en application l'approche proactive et un professionnel de recherche pour en documenter l'expérimentation. L'objectif principal du projet-démonstration était d'expérimenter cette approche proactive en développant une méthode d'intervention dont le but était de soutenir les citoyens d'une communauté afin de mieux les habiliter à participer au processus de réinsertion de personnes souffrant de problèmes sérieux en santé mentale. L'analyse de cette recherche terrain permet de dégager deux pivots autour desquels se développe le mode d'intervention proactif qui avec le temps a pris le nom d'approche milieu : la visibilité et l'accessibilité.

Visibilité et accessibilité

La visibilité et l'accessibilité des praticiens constituent le fondement de l'approche proactive d'où vont découler les autres interventions. Or, pour ce faire, le quartier à couvrir doit être relativement peu étendu, dans notre cas, la paroisse St-Jean-Baptiste dans la ville de Québec a constitué le lieu principal d'intervention. Il faut noter que dans le projet, nous avons adopté une définition fonctionnelle du quartier, c'est-à-dire une notion qui, en plus des frontières géographiques, inclut également les lieux et institutions qui sont fréquentés et utilisés par les résidents de St-Jean-Baptiste. Les agents de quartier ont effectué des tournées quotidiennes dans le quartier, la paroisse St-Jean-Baptiste dans la ville de Québec, permettant une prise de contact avec le milieu et les rendant visibles et identifiés comme des personnes facilement accessibles en cas de nécessité (Guay et Chabot, 1992, Guay 1994). Les agents de quartier ont établi contact avec des citoyens, en particulier les personnes-charnières *gatekeepers*, c'est-à-dire les citoyens dont la fonction les met en contact avec les autres citoyens (propriétaires de petites épiceries, concierges, barman, préposés de lavomats, etc.) et ont discuté avec eux afin d'obtenir le pouls du quartier, en particulier en ce qui concerne les ex-patients psychiatriques.

Deux mots résument donc la pratique professionnelle dans l'approche milieu : visibilité et accessibilité. Le lieu de travail du praticien devient la communauté où il se rend visible et accessible afin de procurer son aide avant qu'il y ait demande formelle de service. Dans le projet-démonstration «Parrainage et Entraide de quartier», cette visibilité et l'accessibilité ont donné lieu à toute une gamme d'interventions dont la première a consisté en des interventions de crise.

Les premières demandes d'aide qui nous ont été adressées consistaient en des interventions d'urgence auprès d'individus qui se comportaient de façon menaçante et provoquaient de l'inquiétude chez les citoyens avec lesquels nous avions établi contact. Il va de soi que pour pouvoir gagner et conserver la confiance des citoyens, ces interventions de crise devenaient inévitables pour les agents de quartier. Les agents de quartier ont profité de ces interventions de crise pour atteindre les objectifs du projet, par exemple en jouant un rôle de conciliateurs entre des propriétaires ou des concierges et les psychiatrisés. Ils se sont servis de l'intervention de crise pour conscientiser les psychiatrisés quant à l'impression négative qu'avaient créé certains de leurs comportements marginaux et dérangeants tout en présentant une image plus positive des psychiatrisés aux propriétaires. L'intervention de crise a aussi été utilisée comme prétexte pour pénétrer un milieu et dynamisant les capacités d'entraide qui y existaient.

Les agents de quartier sont entrés en contact avec plusieurs aidants naturels, c'est-à-dire des personnes qui ont beaucoup d'habilités naturelles en psychologie et qui ont le goût de s'investir personnellement auprès de personnes qui souffrent de problèmes sérieux en santé mentale. Ces gens ont apporté leur « expertise » puisée à même leur expérience passée de la psychiatrie, de la criminalité, de la toxicomanie ou de l'itinérance. Nous avons développé une nouvelle formule de *case management* qui intègre certains de ces aidants naturels. L'accompagnement dans le milieu de vie dans un but de réhabilitation est assumé par six accompagnateurs (*case managers*) qui ont chacun cinq personnes à suivre. Enfin,

nous avons aussi initié une forme d'intervention qui vise systématiquement à transformer le rôle de client chronique (malade mental, toxicomane, délinquant) en celui d'aidant naturel. Le projet-démonstration nous a permis d'identifier les différentes modalités que peuvent prendre les rôles de client et d'aidant. *Ce projet est décrit dans Sanicola (1995-1996) (Actes du colloque de Salsomaggiore (« Reti sociali e intervento professionale »}.*

Cependant, le caractère trop marginalisé de la clientèle multi-problématique typique des centres-villes (itinérants, toxicomanes, délinquants, personnes ayant des problèmes de santé mentale, etc.) a fait en sorte que le modèle d'intervention n'a pu s'intégrer au CLSC Haute-Ville mais a pris forme à partir de la collaboration avec un groupe communautaire soutenu par le CLSC au moyen d'un prêt de service.

L'expérience de l'entraide dans le projet Haute-ville

Une des retombées de ce projet a été la mise sur pied d'un lieu de rencontre afin de rebâtir un réseau social pour ces gens seuls et rejetés de la société. Les promoteurs se sont rapidement rendu compte qu'il leur serait impossible d'instaurer un climat d'entraide dans ce lieu, tant et aussi longtemps que les usagers essaieraient d'entrer en relation individuelle avec les intervenants professionnels. Les deux modes d'aide ne pouvaient exister dans le même lieu et avec les mêmes personnes, car l'un empêchait l'autre de se développer. D'ailleurs, plusieurs parmi les usagers étaient qualifiés de « consommateurs chroniques » d'aide individuelle par les professionnels du Réseau des Services Publics. Cette relation d'aide s'avérait tellement accaparante qu'elle mobilisait toute l'énergie de la personne aidante et pouvait conduire éventuellement à l'épuisement psychologique. Les praticiens ont été obligés d'interdire la pratique de l'entretien particulier et à chaque fois qu'une nouvelle personne demandait des services individuels, on lui suggérait d'en aider une autre qui souffrait de problèmes analogues. Cette philosophie d'intervention a parfois provoqué des réactions négatives chez certains professionnels, à cause de leur scepticisme face aux compétences de leurs anciens clients très détériorés, de se transformer en aidants. Pourtant, cette expérience a

démontré qu'à partir du moment où le participant prenait conscience des ressources qu'il possédait comme aidant, cette transformation de rôle pouvait se faire assez rapidement (Guay et Chabot 1992).

Cependant, les capacités et le niveau de motivation ne sont pas constants dans le temps et sont très variables d'une personne à l'autre. Lorsque les personnes souffrent de problèmes de santé mentale chroniques et sévères, c'est de façon ponctuelle et occasionnelle qu'elles peuvent en aider d'autres de façon utile. Il peut leur arriver d'adopter le rôle d'aidant de façon plus régulière, pendant un certain temps, mais elles vont retomber dans le rôle d'aidé en situation de stress ou de crise. Une minorité d'entre elles se révèlent être des aidants naturels compétents constants et fiables (Guay et Chabot 1992).

Un autre constat tiré des observations de ce projet est que l'entraide n'était pas fondée exclusivement sur l'affinité et qu'elle pouvait se développer entre des personnes avec des expériences de vie très différentes; ainsi les intervenants ont pu favoriser des relations d'entraide entre des schizophrènes et des personnes délinquantes. Il y aurait deux types de jumelages, symétrique et complémentaire. Lorsque l'objectif du jumelage était la compréhension mutuelle et l'accompagnement dans le milieu de vie, on recherchait les compétences des schizophrènes. Les schizophrènes se sont avérés de bons écoutants, leur compétence se situait au niveau du monde des émotions et de la croissance personnelle. Lorsque l'objectif était de stimuler à l'action et de changer les comportements, on recherchait les compétences des délinquants, plus pragmatiques et plus portés à l'action; ils sont centrés sur la tâche à accomplir (Guay et Chabot 1992).

En ce qui concerne les interventions des aidants naturels, les résultats ont mis en évidence qu'elles sont surtout pertinentes en situation de crise. Leurs interventions sont ponctuelles et s'effectuent lorsque les circonstances le permettent, et s'ils sont présents au moment où la personne a besoin d'aide. Lorsque les comportements dérangeants ne présen-

tent pas de danger immédiat, et que les aidants naturels sont supportés en ce sens, ils peuvent en venir à être motivés à amener des changements de comportements chez la personne.

Dans ce projet, c'est surtout le rôle de rééducation qui a été adopté par l'aidant naturel face au malade mental. Celui-ci quitte un monde institutionnel dans lequel il y a des règles et des cadres qui régissent toute sa vie, pour se retrouver soudainement dans la communauté, désemparé devant l'absence totale de paramètres sur la façon de se conduire. Il devient donc nécessaire de remettre des règles, car le malade mental se sent démuni et pose des gestes anti-sociaux sans en être conscient, et l'aidant naturel peut participer à ce processus de normalisation (Guay et Chabot 1992).

Certains de ces aidants naturels, habitant le quartier, ont été engagés en tant qu'accompagnateurs, formalisant ainsi leur rôle d'aidants. Les accompagnateurs avaient deux cibles d'intervention : le client et son réseau social. Ils assuraient un suivi régulier auprès du client, l'accompagnant et le soutenant dans ses démarches de réintégration. Mais, étant donné que la majorité des clients étaient très résistants et peu motivés, autant face à leur traitement que face à leur réintégration, le rôle de l'accompagnateur se limitait souvent à surveiller pour qu'ils ne mettent pas en danger leur vie ou celle des autres. En collaboration avec les professionnels, il veillait également à ce qu'ils se fassent traiter lorsque leurs comportements étaient trop excessifs (Guay et Chabot 1992).

En ce qui concerne les problèmes sévères de santé mentale, il est rare que les aidants naturels aient eux-mêmes vécu des problèmes de santé mentale, selon les observations qui ont été documentées dans ce projet (Guay et Chabot 1992). Plusieurs des aidants naturels, avec lesquels les intervenants ont collaboré, ont côtoyé la maladie mentale dans leur propre famille parce qu'un membre de leur famille en a souffert; les autres semblaient dotés d'un seuil de tolérance très élevé face à la marginalité. Ces aidants naturels avaient été repérés par des travailleurs de rue, soit parce qu'ils les avaient vus en action en train d'en aider, soit parce qu'ils avaient entendu dire qu'ils aidaient les autres, souvent de la bouche des malades mentaux.

III. L'EXPÉRIENCE DE L'INTERVENTION PROACTIVE EN CLSC

Au Québec, l'intervention proactive qui deviendra l'approche milieu, a été expérimentée à des degrés divers par quelques CLSC. Ils ont tenté d'adopter certains éléments de l'approche milieu en s'inspirant des expériences de décentralisation expérimentées originalement dans les *Patchwork Schemes* britanniques qui sont des petites agences de services sociaux décentralisées au niveau du quartier ou du village (Hadley et Mcgrath, 1984 et Hadley et al, 1987). Certaines de ces expériences ont été facilitées par des programmes de formation comme ce fut le cas au CLSC des Etchemins et au CLSC Fleur de Lys (Langlois et Guay, 1984; Guay, 1987; Mireault, Guay et Langlois, 1987). L'expérience du CLSC des Etchemins a été décrite comme un exemple réussi de collaboration dans la *Face cachée du système* (Godbout, Leduc et Collin, 1987). Le CLSC St-Léonard a réussi, par le biais d'un projet-pilote, à développer une pratique de *patchworker* en attirant une infirmière à un îlot d'habitations multi-ethnique dit potentiellement à risque. (Demers et Lamarre, 1988).

Deux expériences menées en CLSC feront ici l'objet de mon propos pour illustrer l'itinéraire de l'approche milieu au Québec : celle du CLSC des Appalaches et celle du CLSC des Pays-d'en-Haut.

L'approche proactive au CLSC des Appalaches

Nous avons voulu expérimenter l'approche proactive dans un contexte totalement différent de celui de la Haute-ville de Québec, tant sous l'angle des caractéristiques du milieu que sous l'angle de la cible de l'intervention. Nous nous sommes dirigés dans un milieu rural et souhaitions travailler auprès d'une clientèle variée couvrant tous les types de problématiques. Le CLSC permettait de maintenir l'idée du caractère préventif de l'approche en situant l'intervention dans un service de première ligne. Le projet a pu prendre forme en milieu rural, sur le territoire du CLSC-CA des Appalaches à l'aide de deux subventions provenant du MSSSQ.

Les Centres Locaux de Services Communautaires constituent la porte d'entrée de toutes les composantes de nos services publics au Québec. Le personnel est composé d'infirmières, d'auxiliaires familiales, de travailleurs sociaux et de médecins. Ils procurent des services de première ligne qui visent le maintien ou la réintégration dans le milieu de vie des personnes de tous les groupes d'âge tels le maintien à domicile pour les personnes âgées, des services pour les jeunes familles, des services sociaux courants, des services courants de santé, etc.

Afin d'opérationaliser l'approche milieu, il a fallu procéder à des changements organisationnels importants . En vue de faciliter le rapprochement praticiens-citoyens et dans le but d'orienter davantage les services en fonction des besoins de la communauté qu'en fonction des impératifs des programmes, le CLSC-CA des Appalaches a remplacé les équipes « maintien à domicile » , « enfance-famille » et l'équipe de services sociaux courants par des « équipes-milieu ». L'équipe-milieu est devenue la porte d'entrée du CLSC pour la communauté : toute demande de service adressée au CLSC a été immédiatement réacheminée par la réceptionniste à l'intervenant social de l'équipe-milieu (Chabot, Lapointe et Guay, 1992). C'est donc l'appartenance à une communauté qui a déterminé la nature des services et la façon dont ils seraient rendus plutôt que le type de problématique ou l'âge du client. Il a fallu développer un outil de suivi opérationnel adapté pour évaluer le modèle d'intervention et décrire la spécificité de l'approche proactive en milieu rural. Les équipes-milieu ont bâti un protocole d'analyse de la demande et d'organisation du plan d'intervention qui a fait en sorte que les interventions soient définies en fonction de la communauté locale d'où originait la demande (Chabot, Mercier et Guay, 1993). Ce changement organisationnel a permis la suppression presque totale des journées-présence des intervenants au CLSC, réduisant ainsi le délai de réaction aux demandes provenant de la communauté.

Un CLSC s'est inspiré de ces deux projets pour adopter l'approche proactive de façon intégrale et la développer encore plus loin que ne l'avaient fait les deux projets-démonstration. Il s'agit du CLSC des Pays d'en Haut qui est devenu le point de mire de cette approche au Québec.

Au CLSC des Pays-d'en-Haut, l'intervention devient l'approche milieu

Après un cheminement amorcé par une démarche étudiée en 1988 (Godbout et Guay, 1989), le CLSC des Pays-d'en-Haut a amorcé un virage dans l'organisation de ses services en août 1992. Six équipes-milieu organisées en fonction de trois points de services ont remplacé les équipes programmes et elles desservent plus de 22 000 habitants.

La base du modèle organisationnel développé s'est axée elle aussi sur un fonctionnement par équipes-milieu. Ce sont des équipes de base qui regroupent les intervenants au sein d'une équipe multidisciplinaire organisée en fonction des villages desservis qui deviennent la porte d'entrée du CLSC pour la communauté. Ces équipes se réunissent hebdomadairement afin d'étudier les nouvelles demandes, discuter de problèmes particuliers, de réviser les prises en charge et assurer la supervision de groupe.

De plus, le CLSC des Pays-d'en-Haut, qui s'est toujours caractérisé par la qualité du support qu'il procurait aux aidants naturels, a recruté certains de ces aidants naturels afin qu'ils se joignent à ces équipes milieu en tant que *case managers*. Ces personnes, qui se sont toujours beaucoup impliquées dans leur communauté et qui connaissent tout le monde font partie intégrante de chaque équipe. Leur rôle spécifique consiste à faire le lien entre le professionnel et les réseaux sociaux de ces communautés et à donner un support constant et un suivi aux personnes en besoin, en collaboration étroite avec les professionnels. Enfin, voulant se rapprocher davantage des instances locales, tout en permettant une forme d'évaluation des services offerts par le CLSC, le directeur général du CLSC et un organisateur communautaire ont travaillé à mettre en place plusieurs comités de concertation (un par village) en impliquant le conseil d'administration. Ces comités sont formés de citoyens choisis après une consultation avec les instances locales, les maires et les curés ayant aidé à identifier des personnes-pivots des municipalités desservies par chacune des trois équipes. Le mandat de ces comités est d'alimenter le travail des équipes afin de permettre de mieux saisir la spécificité et les problématiques des milieux desservis et d'avoir une rétroaction sur

la qualité des services qui y sont offerts. De plus, un des objectifs importants du mandat de ces comités est d'en arriver à une forme d'évaluation des services par des membres de la communauté (Chabot, 1995).

Outre ces trois projets importants, l'approche milieu ou proactive avait été expérimentée à plus petite échelle dans plusieurs CLSC. Il est important que chaque établissement adapte l'approche à la réalité de son milieu et qu'il ne tente pas de reproduire le modèle dans le détail. L'approche milieu exige une souplesse et une marge de manoeuvre qui reflète le rythme et la culture propre à chaque milieu ou communauté où elle s'implante.

IV. EN CONCLUSION : UN COLLOQUE POUR NOMMER LES INGRÉDIENTS ESSENTIELS À L'APPROCHE MILIEU

Pour terminer, je ferai référence brièvement à une expérience de mise en commun des réflexions des acteurs ayant participé à des expériences de développement de l'approche proactive ou approche milieu. À la suite de ces expériences et recherches en CLSC pour démarrer et expérimenter l'approche milieu, nous avons organisé, en décembre 1992, un colloque interactif qui réunissait plusieurs des CLSC qui avaient expérimenté cette approche afin de permettre un échange à partir d'un bilan des différentes expériences et d'en arriver à une définition plus exhaustive et plus précise de l'approche milieu. L'apport des participants au colloque et nos résultats de recherche nous permettent maintenant de dégager des caractéristiques à cette approche milieu ou proactive.[1]

Pour résumer en quelques lignes les conclusions de ce colloque mentionnons d'abord qu'avec l'approche milieu, on parle d'une approche où le client ne se limite pas à une personne en difficulté mais devient plutôt le réseau gravitant autour de la personne et susceptible de se transformer en aidant. Dans cette perspective l'intervention devient soutien non plus exclusif de la personne vulnérable mais soutien au réseau social. Le soutien peut alors

[1] Voir à ce sujet l'article à paraître dans la revue Nouvelles pratiques sociales, vol. 9 n° 2, 1996 dans le dossier thématique sur la prévention sociale.

prendre diverses formes depuis le service direct aux personnes jusqu'au répit éloignant les aidants des situations souffrantes. Dans un autre ordre d'idée, l'approche proactive ou approche milieu se centre sur la polyvalence beaucoup plus que sur la spécialisation des intervenants. La souplesse et la facilité d'adaptation sont des prérequis au travail réellement interdisciplinaire qui y prévaut. Finalement, concluons en insistant sur l'idée que l'approche milieu est en constante construction et ne possède pas de mode d'emploi qui permette de la reproduire en copie conforme d'un milieu à l'autre sans quoi elle n'est plus cette intervention qui s'axe sur les caractéristiques et les besoins propres d'une communauté et de ses membres.

Bibliographie brève

Chabot, D. Lapointe, Y. et Guay J., (1992). Entraide en milieu rural : rapport final, CLSC des Appalaches.

Chabot, D., Mercier, C. et Guay, J., (1993). « Une approche pro-active d'intervention communautaire en milieu rural ». *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 12, n° 1, Printemps 1993.

Chabot, D., (1995). *L'approche-milieu : ne étude de cas.* Rapport de recherche disponible au CLSC des Pays-d'en-Haut.

Demers, D. et Lamarre, H., (1988). *Projet milieu : Bilan 1987-1988.* Document de recherche, CLSC St-Léonard.

Godbout, J.-T. et Leduc, M., Collin, J.-P., (1987). *La face cachée du système*, Québec, Les Publications du Québec, Rapport présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, 117 pages et annexes.

Godbout, J., et Guay, J., (1989). *Le communautaire public.* Rapport de recherche subventionné par le C.Q.R.S.

Guay, J., (1987). *Recherche-action sur les réseaux primaires et les aidants naturels, Rapport d'évaluation d'un programme de formation*, CLSC. des Trois-Vallées.

Guay, J., (1991). « L'approche pro-active et l'intervention de crise », *Santé mentale au Québec*, XVI, 2, pp. 139-154.

Guay, J., (1994). *Bridging the Gap Between Professionals and the Community ; Findings and Policy Implications of Two Demonstration Projects.* Health and Social Care, pp. 95-103.

Guay, J., et Chabot, D., (Ed.), (1992). *Le projet Parrainage social et entraide de quartier : Rapport final.* [Disponible auprès du Centre hospitalier Courchesne, CLSC Haute-Ville, Québec, Québec].

Hadley, R. et McGrath, M., (1984). *When Social Services Are Local : The Normanton Experience.* Georges Allen Unwin : Londres.

Hadley, R., Cooper, M., Dale, P. & Stacy, G., (1987). *A Community Social Worker's Handbood.* Tavistock Publications, Londres.

Langlois, R., et Guay, J., (1984). *Compte rendu du programme de consultation en intervention communautaire au CLSC Basse-Ville, Québec.* CLSC Basse-Ville, Québec.

Mireault, G., Guay, J. et Langlois, R., (1987). *Évaluation du programme de formation BRIC au CLSC de la Mitis*, CLSC de la Mitis, Mont-Joli.

LES CAHIERS DU GROUPE D'ÉTUDE ET DE RECHERCHE EN INTERVENTION SOCIALE

Série RECHERCHE

No.1 MEUNIER, Jean-Marc (1994), L'utilisation du groupe nominal dans l'identification des besoins d'une clientèle de soins palliatifs à domicile, ISBN: 2-89251-038-4, 25 pages.

No.2 FRÉCHETTE, Lucie (1995), La littérature enfantine en intervention sociale et éducative: du développement de l'enfant à l'organisation communautaire, ISBN: 2-89251-045-7, 28 pages.

No.3 DIOTTE, Léa et Louis FAVREAU (1995), Le travail social dans le Québec des années '60, la région de l'Outaouais, ISBN: 2-89251-046-5, 25 pages.

No.4 FRÉCHETTE, Lucie (1995), Ensemble maître de soi. Une intervention préventive dirigée vers la famille, ISBN: 2-89251-955-1, 42 pages.

No.5 FAVREAU, Louis et Lucie FRÉCHETTE (1995), Pauvreté urbaine et exclusion sociale: pistes de renouvellement du travail social auprès des personnes et des communautés locales en difficulté, ISBN: 2-89251-956-X, 28 pages .

No.6 TREMBLAY, Daniel (1996), La représentation médiatique d'un problème social: les violences conjugale et familiale, ISBN: 2-89251-947-0, 28 pages.

No.7 ASSOGBA, Yao (1998), Trajectoires et dynamiques de la sociologie générale d'Afrique noire de langue française, ISBN: 2-89251-888-1, 28 pages.

No.8 FRÉCHETTE, Lucie (1998). La prévention/promotion : une avenue incontournable en intervention sociale, ISBN : 2-89251-905-5, 34 pages.

Série PRATIQUES SOCIALES

No.1 DESLAURIERS, Jean-Pierre et Marc SARRAZIN (1994), Le logement social à Buckingham: récit d'une intervention communautaire, ISBN: 2-89251-039-2, 31 pages.

No.2 CHAGNON, Lucie et Louis FAVREAU (1995), La mise sur pied d'une Corporation de développement communautaire à Buckingham: récit d'une intervention, ISBN: 2-89251-048-1, 37 pages.

No.3 FRÉCHETTE, Lucie et Louis FAVREAU (1996), Répertoire des cuisines collectives en Outaouais 1996, ISBN: 2-89251-942-X, 40 pages.

No.4 FRÉCHETTE, Lucie (1997), Les cuisines collectives du Pérou: un itinéraire de 20 ans, ISBN: 2-89251-918-7, 25 pages.

No.5 GILLAIN MAUFFETTE, Anne et Lucie FRÉCHETTE (1997), Propositions pour l'élaboration d'un plan de prévention des blessures dans les environnements extérieures de jeu des enfants d'âge préscolaire. Document de travail. ISBN: 2-89251-923-3, 18 pages .

No.6 BEAUDOIN, L., DUGUAY, P. et L. FRÉCHETTE (sous la direction de) (1997), L'ODEC et la santé mentale. De l'entraide à l'ouverture sur la communauté locale, ISBN: 2-89251-925-X, 20 pages.

No.7 BOUCHER, J. L. et JETTÉ, C. (1997). Le syndicalisme dans le secteur de la santé et des services sociaux du Québec, Série Pratique Sociales , ISBN : 2-89251-927-6 , 21 pages.

No.8 FRÉCHETTE, L. et J. SÉNÉCHAL, (1997). Les Tabliers en Folie. Une cuisine collective bien ancrée dans son milieu, ISBN : 2-89251-928-4, 38 pages.

No.9 FRÉCHETTE, L et A. GILLAIN MAUFFETTE (1997), Propositions for the elaboration of an injury prevention plan for preschool children's outdoor environments (version anglaise du No. 5), ISBN: 2-89251-930-6, 17 pages.

No. 10 DEVAULT, Annie (1997), *"IL Y À ELLES, IL Y À EUX, IL Y À L'AMOUR"* , Guide de l'intervenant, Série Pratique Sociales , ISBN: 2-89251- 934-9, 27 pages. Document accompagnant le vidéo du même titre.

Série CONFÉRENCES

No.1 ROCHER, Guy (1994), Sciences sociales et Société en l'An 2000. ISBN: 2-89251-040-6, 24 p.

No.2 LAVILLE, Jean-Louis (1995), Emploi et intégration sociale: la perspective de l'économie solidaire, ISBN: 2-89251-957-8, 32 pages.

No.3 EME, Bernard (avec la collaboration de Lucie Fréchette) (1996), Les lieux d'accueil enfants-parents en France: contribution à la prévention sociale et à l'éducation, ISBN: 2-89251-965-9, 20 pages.

No.4 GUAY, Jérôme (1997). L'entraide et l'approche milieu : des interventions centrées sur les réseaux sociaux, ISBN : 2-89251-926-8, 13 pages.

No. 5 KOLEVA, Svetla (1998), La sociologie et la société dans les pays de l'Est: bilan d'une coexistence tourmentée, ISBN: 2-89251-891-1, 17 pages.

Rapports de recherche

FRÉCHETTE, Lucie et L. FAVREAU (1997), Les cuisines collectives. Une intervention au carrefour de l'entraide et du développement local, Rapport de recherche, GÉRIS-UQAH. ISBN: 2-89251-919-5, 106 pages.

FRÉCHETTE, Lucie (1997), Les cuisines collectives. Une intervention au carrefour de l'entraide et du développement local. Document synthèse, GÉRIS-UQAH. 13 pages.

FRÉCHETTE, Lucie (1997), Fiches descriptives de 10 cuisines collectives québécoises, GÉRIS-UQAH, ISBN : 2-89251-920-9, 13 pages.

DESLAURIERS, Jean-Pierre (1998), Les cuisines collectives, c'est plus que la cuisine !, GÉRIS-UQAH, ISBN : 2-89251-908-X, 63 pages.

Hors série

BONNEAU, Julie, FRÉCHETTE, Lucie, Anne GILLIAN MAUFFETTE (1997), *Projet Aménagement et Sécurité. Catalogue des ressources*, GÉRIS, Université du Québec à Hull, Hull, 68 pages.

Pour nous rejoindre :

GÉRIS - UQAH
C.P. 1250, succ. B
Hull (Québec) J8X 3X7

Tél. : (819) 595-3900, poste 2228 Télécopieur : (819) 595-2227 ou 595-2384
Courriel : geris@uqah.uquebec.ca
Adresse internet : www.uqah.uquebec.ca/crdc-geris/